

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS, *Suppléant.*	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, Président.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD, *Examinat.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
RÉNÉ.	*Médecine légale.*
RISUEÑO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Examin.*
BERTIN.
BATIGNE.
BERTRAND.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY, *Suppl.*

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALLAGUIER, *Examinateur.*
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

N° 40.

17.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

SCIENCES MÉDICALES.

Du traitement des fièvres intermittentes inflammatoire, bilieuse, muqueuse, ataxique et adynamique.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelles sont les indications que présentent les fistules? Comment remplit-on ces indications?

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quelles sont les modifications que subissent les globules sanguins depuis leur sortie des vaisseaux jusqu'à leur entière destruction par la décomposition du sang au contact de l'air libre?

SCIENCES ACCESSOIRES.

Déterminer s'il existo quelques rapports entre la concordance des caractères botaniques et les propriétés médicales des végétaux.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 28 MARS 1840;

PAR

CAMPAN (EUGÈNE),

du St-Esprit (LANDES);

Ex-interne de l'Hôpital civil de Bayonne, membre correspondant de la Société médico-chirurgicale de Montpellier.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1840.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL, Suppl.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, Prés.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR, Exam.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Bertin, Examinateur.
Batigne.
Bertrand.
Delmas fils, Suppl.
Vailhé.
Broussonnet fils, Exam.
Touchy.

MM. Jaumes.
Poujol.
Trinquier.
Lescellière-Lafosse.
Franc.
Jalaguier.
Bories.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

M. SIMONET, D. M. P.

Vous avez guidé mes premiers pas dans la carrière médicale, je suis heureux de pouvoir vous en exprimer publiquement ma reconnaissance.

A

M. et à Mme DUPEYRAT.

Mon cœur conservera toujours le souvenir de vos bontés.

E. CAMPAN.

aux Mânes

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

Regrets !

à

CATICHE BERNOUX,

MA SŒUR ET MA MARRAINE,

ET A SON MARI.

J'ai retrouvé en vous les auteurs de mes jours.
Mon amour et ma reconnaissance ne finiront qu'avec ma vie.

A tous mes autres parents.

Affection et dévouement sans bornes.

E. CAMPAN.

SCIENCES MÉDICALES.

Du traitement des fièvres intermittentes inflammatoire, bilieuse, muqueuse, ataxique et adynamique.

Lorsqu'on examine les idées si diverses émises sur le siége, la nature et la cause prochaine des fièvres intermittentes, on ne peut s'empêcher d'éprouver un sentiment de profond découragement à la vue de la divergence des opinions à cet égard. Les conjectures et les explications abondent dans tous les ouvrages. Chaque auteur vient substituer une théorie nouvelle à la théorie de ses devanciers. Pour justifier le vérité de cette proposition, donnons un aperçu rapide des hypothèses et des théories des hommes dont le nom fait autorité en médecine ; cet examen, d'une utilité fort douteuse dans la pratique, aura du moins l'avantage de nous faire connaître l'état actuel de la science sur l'importante question des fièvres intermittentes ; de plus, comme

dit Montfalcon : « savoir qu'on ne sait rien, c'est beaucoup ; on est bien plus près de la vérité alors que lorsqu'on prend pour elle des hypothèses erronées. »

Hippocrate attribuait les fièvres quotidienne et tierce à la présence de la bile dans les premières voies, la quarte à l'atrabile ; Galien rapportait la fièvre quotidienne à l'altération de la pituite, la tierce à celle de la bile, la quarte à la putrescence de l'atrabile.

Sydenham voit, dans une fièvre intermittente, un combat que la nature livre à la force morbifique. Beaucoup de médecins de notre époque disent-ils autre chose, en considérant les fièvres d'accès comme une réaction de la force vitale sur un principe délétère qui tend à l'altérer ?

Willis attribue les pyrexies à l'excès ou au défaut du flux nerveux ; Morton à la dégénérescence des esprits animaux. Quelques écrivains, reproduisant l'animisme et le naturisme de Stahl, font dépendre la fièvre intermittente d'une lésion des propriétés vitales ; d'autres, avec Giannini, la considèrent comme une *névrosthénie*, état morbide résultant de la réunion simultanée d'excitement et de faiblesse.

Les humoristes modernes n'y voient qu'une altération primitive des humeurs. MM. Rayer et Guerin de Mamers les attribuent à une affection locale, à une névrose cérébro-spinale qui, comme l'hystérie et

l'épilepsie, se montre exclusivement sous forme d'accès.

Pour Broussais, chaque accès régulier de fièvre intermittente est le signal d'une gastro-entérite dont l'irritation est ensuite transportée sur les exhalants cutanés, ce qui produit la crise; les fièvres malignes ne diffèrent des autres que par la violence et le danger des congestions. Cette doctrine remonte à Baglivi.

Les disciples de Broussais trouvèrent que leur maître attribuait à tort toutes les fièvres intermittentes à une gastro-entérite, et dès lors le cœur, le poumon, le cerveau, l'utérus, irrités ou enflammés, furent considérés comme autant de centres morbides spéciaux d'où s'irradiait le phénomène *fièvre*.

La plupart des pyrétologistes modernes ont eu les idées de Broussais pour point de départ, et ne voient, dans la fièvre d'accès, qu'une irritation morbide d'un organe ou d'un système d'organe.

Où trouver la vérité au milieu d'un pareil conflit d'opinions si divergentes? Elle jaillirait peut-être de la fusion de toutes les théories émises depuis Hippocrate jusqu'à nous. La nature des fièvres intermittentes est-elle une? Avant de réfléchir sur cette question comme nous l'avons fait, nous y aurions répondu affirmativement; aujourd'hui nous ne l'osons plus. Pour avancer que les fièvres intermittentes étaient dues à la bile, le génie d'Hippocrate avait

dû remarquer qu'elles cédaient aux moyens qui font disparaître l'état bilieux ; comme Broussais a dû guérir des fiévreux par des applications de sangsues à l'épigastre avant de proclamer que les fièvres d'accès n'étaient que des gastro-entérites ; comme ceux qui ont admis qu'elles étaient de nature asthénique, les ont vues céder à l'emploi des toniques ; chacun, en effet, a dû arborer la proposition du Vieillard de Cos : *naturam morborum ostendit curatio*.

Sans avoir une grande estime pour les hypothèses plus ou moins ingénieuses à l'aide desquelles on a essayé de résoudre le grand problème de la nature des fièvres intermittentes, nous pensons que le véritable médecin doit les connaître et prendre dans chacune ce qui peut tourner au bénéfice de la thérapeutique. Toutes les fièvres ne dépendent pas de la bile, comme l'a avancé Hippocrate ; mais il en est qui peuvent coexister avec un état bilieux ou même lui être subordonnées ; toutes ne sont pas des gastro-entérites, comme le voulait Broussais ; des cardites, des pneumonies, des métrites, comme le veulent ses disciples ; mais une inflammation des voies digestives, du cœur, du poumon ou de l'utérus peut produire, accompagner ou tenir sous sa dépendance une fièvre intermittente. Enfin, il est des fièvres qui semblent trouver en elles-mêmes la raison de leur existence : inconnues dans la nature, il faut, pour en triompher, diriger contre elles un spéci-

fique qui ne s'adresse directement, ni à l'élément bilieux, ni à l'élément inflammatoire, mais à la périodicité qui semble constituer toute la maladie. Bénignes, ces spécialités morbides peuvent durer assez long-temps sans que la constitution en soit sensiblement altérée ; malignes, elles attaquent la vie dans ses racines, et tuent en quelques heures, si l'art ne s'empresse d'enrayer leur marche.

D'après l'opinion que nous venons de professer sur les théories émises par les différents auteurs, il est facile de pressentir que nous n'adopterons aucune méthode exclusive pour le traitement des fièvres d'accès. Pouvant être tour à tour affection, symptôme ou complication, la fièvre intermittente réclamera un traitement aussi variable que les formes sous lesquelles elle se manifeste.

Établissons avant tout une division conforme à notre manière de voir :

Les fièvres intermittentes, selon nous, sont simples, compliquées ou symptomatiques ; de plus, elles sont bénignes ou malignes.

1° Les fièvres intermittentes sont dites *simples*, lorsqu'elles ne sont subordonnées à aucun état morbide ; *compliquées*, lorsqu'elles coexistent avec une autre maladie ; *symptomatiques*, lorsqu'un état morbide quelconque les tient sous sa dépendance.

2° Les fièvres intermittentes sont dites *bénignes*, lorsque leur marche est régulière et que leurs symp-

tômes ne dépassent point certaines bornes ; on les appelle *pernicieuses*, soit lorsque leur marche est régulière, soit lorsqu'elles s'accompagnent d'un symptôme ou d'un groupe de symptômes qui menacent directement les forces de la vie.

Nous avons à indiquer le traitement des fièvres intermittentes inflammatoire, bilieuse, muqueuse, ataxique et adynamique.

FIÈVRE INTERMITTENTE INFLAMMATOIRE.

Cette fièvre se manifeste de préférence au printemps ; elle revêt en général le type quotidien ou tierce ; le froid qui annonce son début est ordinairement court mais très-intense ; la chaleur qui lui succède est fort élevée et s'accompagne le plus souvent d'une céphalalgie violente, d'une soif extrême ; le pouls est plein et large, la peau rouge, surtout au visage ; la langue, enduite souvent d'un enduit blanchâtre, est rouge sur ses bords.

Dans la fièvre dont nous parlons, l'élément inflammatoire peut se présenter comme symptôme, comme complication ou comme affection principale.

Lorsqu'il se présente comme symptôme, il suffit, pour le faire disparaître, de s'adresser à la périodicité.

La même fièvre retentit diversement chez un indi-

vidu sanguin et chez un autre à tempérament lymphatique; les phénomènes de réaction générale varient suivant la constitution de chaque fébricitant, sans qu'il faille pour cela changer toujours le mode de de traitement. Chaque fois donc que les symptômes sont en harmonie avec l'âge et la vigueur du malade, et qu'ils ne dépassent point certaines limites, on peut s'abstenir d'attaquer l'élément inflammatoire que la fièvre, dans ce cas, tient complètement sous sa dépendance; le fébrifuge administré pendant l'apyrexie met fin à tous les accidents.

Lorsque les phénomènes de réaction sont plus intenses, qu'ils menacent surtout de se fixer sur un organe important, il faut les considérer comme de véritables complications, et diriger contre eux un traitement convenable. Si l'on a affaire à un sujet jeune et robuste, à système sanguin bien développé, on doit débuter par une saignée générale ; si les symptômes d'inflammation persistent, il faudra réitérer la saignée, et n'en venir au fébrifuge qu'après qu'on aura fait disparaître, ou du moins diminué de beaucoup l'élément qui complique la fièvre. L'emploi trop précoce du quinquina pourrait avoir des suites fâcheuses.

Dans les cas où le mouvement fluxionnaire se localise, il faudra l'attaquer par les saignées locales, ou encore par la saignée générale pratiquée dans un point éloigné de celui où se fait la fluxion.

Ainsi, une saignée du pied, pratiquée pendant la chaleur de la fièvre, prévient souvent une congestion cérébrale imminente.

Si l'on peut attribuer la fièvre à un dérangement du flux menstruel ou hémorroïdal, c'est à rappeler ces flux que doivent tendre les efforts du médecin : une application de sangsues, faite à propos et sur le point convenable, a suffi quelquefois pour amener la solution heureuse d'une fièvre intermittente inflammatoire qui avait résisté à tous les autres moyens de traitement.

La fièvre est quelquefois sous la dépendance de l'élément inflammatoire, et n'existe que comme symptôme : ces cas sont rares dans la pratique ; d'ailleurs les saignées générales ou locales triomphent difficilement d'une phlegmasie intermittente, et l'on est presque toujours obligé de recourir à l'antipériodique, comme dans la fièvre où l'élément morbide inflammatoire n'est qu'un symptôme ou une complication.

Enfin, la fièvre inflammatoire peut se compliquer d'embarras gastrique : dans ces cas, il faut presque toujours faire précéder l'émétique d'une application de sangsues à l'épigastre. Sans cette précaution, le vomitif aggraverait les symptômes en concentrant sur la membrane muqueuse de l'estomac le mouvement fluxionnaire. Nous venons d'en voir un exemple à l'hôpital St-Éloi. Deux individus sont atteints en même temps de fièvre intermittente avec des symp-

tômes d'embarras et d'irritation gastriques au même degré. M. Broussonnet ordonne quinze sangsues à l'épigastre et deux grains d'émétique après la chute des sangsues. Chez un malade, la prescription est fidèlement exécutée, et, dès le lendemain, la fièvre, dégagée de toute complication, peut être coupée par l'écorce du Pérou ; chez l'autre, au contraire, on oublie de faire précéder l'émétique de l'application des sangsues : des symptômes inflammatoires gastriques se déclarent, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'antipériodique peut être administré avec succès.

FIÈVRE INTERMITTENTE BILIEUSE.

La fièvre intermittente bilieuse est presque toujours accompagnée des symptômes de l'embarras gastrique ; il y a quelquefois vomissement de matières bilieuses ; la face, chez plusieurs malades, offre une teinte jaune qui se fait surtout remarquer au pourtour des lèvres et des ailes du nez ; après l'accès, la soif, l'anorexie et tous les signes annonçant une supersécrétion de bile persistent, quoiqu'à un moindre degré ; la crise naturelle se fait ordinairement par des vomissements ou des évacuations diarrhoïques.

Les indications curatives, dans la plupart des fièvres

intermittentes bilieuses, sont faciles à établir. Lorsqu'il y a douleur à l'épigastre et symptômes d'irritation gastrique, on doit débuter par une application de sangsues sur le point douloureux; si, au contraire, le malade n'éprouve dans cette région qu'un sentiment de pesanteur, qu'il y ait des nausées, un goût de bile dans la bouche, que la langue soit épaisse, il faut aministrer l'émétique au moment de l'apyrexie. La fièvre persiste souvent après qu'on a combattu les éléments bilieux et inflammatoire qui la compliquaient : il faut alors administrer le fébrifuge. L'expérience semble avoir prouvé que, dans ces cas, il convient d'associer au quinquina la magnésie ou la crème de tartre : cette combinaison a le double avantage de relâcher modérément, tout en attaquant la périodicité. Une potion assez usitée en pareil cas, est celle-ci :

Prenez 8 gramm. rés. quinq., 4 gramm. magn. calc., 32 gramm. sir. capill., 96 gramm. eau de laitue : en trois fois, de deux en deux heures.

Nous ferons remarquer, enfin, que dans la fièvre dont nous parlons, l'élément bilieux existe souvent comme simple symptôme, et ne réclame point de traitement spécial : cela arrive surtout chez les individus pris d'un accès de fièvre pendant le travail de la digestion. Le trouble survenu dans cet acte physiologique, suffit pour donner naissance à des symptômes propres à la fièvre bilieuse ; l'exhibition seule du

quinquina fait disparaître promptement ces phénomènes que la fièvre tient sous sa dépendance. Ainsi, il ne suffit point qu'un malade ait la bouche mauvaise, la langue épaisse, le lendemain d'un premier accès de fièvre, pour qu'on soit autorisé à lui donner l'émétique; comme aussi la rougeur de la face et la force du pouls, n'indiquent pas toujours le besoin des émissions sanguines. La diète, quelques boissons rafraîchissantes, préparent suffisamment, dans beaucoup de cas, à l'administration de l'antipériodique.

FIÈVRE INTERMITTENTE MUQUEUSE.

Les symptômes de cette fièvre ressemblent beaucoup à ceux de la fièvre intermittente simple, qui attaque un sujet lymphatique.

Pendant l'intermission, les malades se plaignent d'un sentiment de pesanteur; les digestions sont pénibles, le corps sensible au froid. Sa terminaison est ordinairement heureuse, mais ne se fait guère sans le secours de l'art.

Le traitement de cette fièvre diffère peu de celui de la fièvre bilieuse; les vomitifs et les purgatifs surtout produisent fréquemment de bons effets. Il n'est point rare de voir la fièvre muqueuse se compliquer d'une phlegmasie du poumon ou du cerveau : dans ces cas, les saignées seront de rigueur, mais il faut en user

avec beaucoup de précaution, parce qu'elles risqueraient de faire tomber les malades dans un état de faiblesse dont on aurait beaucoup de peine à les retirer.

Enfin, cette fièvre a une grande tendance à se prolonger; les rechutes y sont plus fréquentes que dans les autres pyrexies intermittentes : aussi importe-t-il d'administrer les fébrifuges à des doses plus élevées dès qu'on a triomphé de l'élément muqueux, et d'insister long-temps sur leur emploi après la suppression des accès.

FIÈVRE INTERMITTENTE ATAXIQUE.

Les symptômes communs de cette fièvre consistent dans une altération profonde de la physionomie, une prostration subite et considérable des forces, dans la faiblesse et l'irrégularité du pouls, enfin dans la dissonnance et le peu de rapports des divers phénomènes entre eux, ou la *désharmonie pathologique.* Indépendamment de ces symptômes, la fièvre dont nous parlons offre presque toujours un phénomène prédominant et dangereux qui a servi à la diviser en plusieurs espèces. Ainsi, lorsque la fièvre débute par des vomissements et des évacuations alvines, comme dans le choléra-morbus, on l'appelle *cholérique*; si c'est une diarrhée sanguinolente avec té-

nesme et coliques plus ou moins fortes, on la nomme *dyssentérique*, puis cardialgique hépatique, pneumonique, etc., toujours suivant la nature du symptôme prédominant.

Quelquefois le début d'une fièvre pernicieuse offre la plus grande analogie avec celui d'une fièvre bénigne ; rien n'annonce que, dans quelques heures, la vie doive être attaquée dans son principe ; ce n'est ordinairement qu'au bout du deuxième ou troisième accès que les signes qui indiquent la malignité se développent. Tantôt c'est toute la constitution que la maladie envahit, tantôt c'est sur un seul organe qu'elle semble concentrer toute son action.

Le professeur Caizergues a établi une distinction entre une fièvre pernicieuse et une fièvre grave. Voici comment s'exprime ce savant clinicien :

« Il importe, en médecine clinique, de ne point confondre une fièvre intermittente pernicieuse avec une fièvre intermittente grave..... »

Dans une fièvre intermittente grave, la gravité de la maladie ne provenant point de l'état fébrile intermittent, mais bien de l'intensité des affections morbides, dont la fièvre peut n'être qu'une complication ou un symptôme, c'est contre ces affections qu'il faut diriger toutes ses vues curatives, pour recourir ensuite au quinquina, si la fièvre survit à la destruction de ces affections.

Dans les fièvres intermittentes pernicieuses, au

contraire, la malignité étant sous la dépendance du génie intermittent, et le danger qui constitue la maladie étant lié nécessairement aux accidents fâcheux que ramènent les paroxismes, c'est à prévenir ces derniers que le médecin doit s'appliquer en mettant de côté toutes les indications relatives aux autres éléments de la maladie, et il n'y a d'autre espoir de salut que dans l'administration du spécifique. » (Éphém. de Montp.)

Sans nier l'utilité pratique de cette distinction, nous ferons remarquer qu'il n'est pas toujours facile d'établir une différence entre une fièvre grave et une fièvre pernicieuse : de plus, une fièvre peut être très-grave, et cependant réclamer avant tout l'emploi du quinquina. Soit, en effet, que la gravité dépende d'une lésion organique aiguë, soit qu'elle réside dans une affection morbide générale, ces phénomènes peuvent entretenir avec la périodicité des rapports tels, qu'il importe d'empêcher le retour d'un nouvel accès, sous peine de voir les symptômes qui constituent la gravité s'exaspérer et emporter le malade. Une fièvre pneumonique intermittente est certainement une fièvre grave; la mort peut être occasionnée par les progrès de l'inflammation pulmonaire; cependant, comme, dans la majorité des cas, c'est au retour de l'accès que les malades succombent, le médecin aurait grand tort de diriger le traitement contre l'affection organique seulement, puisqu'un

nouvel accès peut faire plus de mal que le traitement antiphlogistique le mieux dirigé ne produirait de bien; dans ces cas, à notre avis, l'important est d'administrer l'antipériodique seul ou du moins associé aux moyens propres à combattre le mouvement fluxionnaire qui se fait sur le poumon. Avant de décider que les fièvres intermittentes graves doivent être traitées par des moyens qui ne s'adressent qu'aux phénomènes qui constituent la gravité, il faut chercher si la manifestation de ces phénomènes n'est point subordonnée au génie périodique; car, lorsqu'il en est ainsi, l'omission du fébrifuge aurait toujours des suites funestes. Enfin, comme l'a fort bien dit M. Caizergues lui-même, il faut déterminer dans quel rapport se trouve l'état fébrile avec les diverses affections auxquelles il peut être associé. Ajoutons qu'une affection grave générale ou locale, fût-elle *sans fièvre*, est presque toujours combattue efficacement par le quinquina, dès qu'elle revêt le type *intermittent;* car l'écorce du Pérou n'est pas seulement un *fébrifuge*, elle est, par-dessus tout, un *antipériodique*.

La conduite du médecin appelé auprès d'un malade atteint de fièvre ataxique intermittente, doit varier suivant plusieurs circonstances; en géneral, elle devra se régler d'après la nature des symptômes et l'état des forces de l'économie. Si l'on est appelé pendant le premier accès, qu'on ait affaire à un individu jeune et

robuste, ayant joui jusqu'alors d'une bonne santé, et que l'ensemble des symptômes exprime une violente réaction, on pratiquera d'abord une saignée générale ou locale, suivant les cas; et, à moins qu'il n'y ait un péril imminent, on prescrira, pendant la première apyrexie, des boissons mucilagineuses et une diète sévère.

Si le second accès se manifeste avec autant d'intensité que le premier, que les symptômes de réaction soient encore aussi exagérés, on pourra les combattre par les mêmes moyens que précédemment; mais dès que l'accès sera tombé, on devra administrer de suite l'antipériodique. Dans les cas où la fièvre maligne, bien qu'à son premier accès, s'accompagne de symptômes qui annoncent un grand danger, on ne devra point attendre le retour du deuxième accès pour prescrire le quinquina.

Le malade, au contraire, est-il faible et d'une constitution chétive? la surface du corps est-elle froide, le pouls petit et presque imperceptible? au lieu de pratiquer une saignée, il conviendra de stimuler fortement la peau au moyen de frictions : tous les dérivatifs capables de porter les mouvements vers la périphérie devront être mis en usage; une fois l'accès terminé, on devra, comme précédemment, donner le quinquina, en observant d'ailleurs les règles que nous indiquerons plus tard.

Si le médecin n'est appelé qu'au moment du troisième

accès, quelle devra être sa conduite ? Torti, dans ces cas, administrait le quinquina sur-le-champ, alors même qu'il reconnaissait l'existence d'une lésion profonde du cerveau, du poumon ou de l'estomac. Beaucoup de praticiens imitent la conduite du médecin de Modène. Remarquons toutefois que l'écorce du Pérou réussit bien rarement lorsqu'on la met en contact avec une surface très-enflammée. Dans ces cas, il conviendrait, sans doute, de prescrire le fébrifuge par la méthode endermique, en lavement, ou au moins associé à une substance telle que l'opium ou autre. C'est au génie du médecin à juger comment il convient de remplir les indications. Nous avons vu plusieurs fois administrer le sulfate de quinine, soit en potion, soit en lavement, pendant le troisième accès d'une fièvre pernicieuse ; mais les malades ont toujours succombé. Cependant la science possède quelques faits qui font un devoir au praticien de donner l'antipériodique dans les circonstances même les plus désespérées *Melius anceps quam nullum remedium*, a dit Hippocrate.

Ainsi les indications curatives fournies par les fièvres intermittentes ataxiques sont faciles à établir : chaque fois que l'apyrexie est sensible, et surtout s'il y a eu déjà deux accès, il faut administrer l'antipériodique. Si l'on reconnaît l'existence d'un symptôme grave, l'imminence d'une congestion sur un organe important, il faudra chercher à combattre

ou à prévenir ces accidents, mais ne jamais perdre de vue que, dans la grande majorité des cas, tout le danger réside dans le retour d'un nouvel accès. On sauve souvent en ne s'adressant qu'à la périodicité; on sauve quelquefois en s'adressant à elle et à ce qui la complique; on ne sauve presque jamais si on rejette son spécifique.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Le nommé Etcheverry, âgé de 28 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, entra à l'hôpital civil de Bayonne, le 12 Septembre 1834, pour des fièvres tierces qui duraient depuis deux semaines.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, il eut un accès très-léger qui dura tout au plus deux heures. (Soupe, tisane ordinaire édulcorée.)

Le 20, apyrexie complète; le malade accuse seulement quelques douleurs vagues dans la tête; mais il peut remplir les fonctions d'infirmier. Jusqu'au 26, même état; le malade aide dans les salles. (Régime au gré de la sœur.)

Le 26 à midi, Etcheverry est pris subitement de frissons qui s'accompagnent d'un tremblement considérable; il se met au lit, et, pour le réchauffer, on accumule sur lui plusieurs couvertures de laine. Au bout de deux heures, le malade tombe dans un

coma profond. La peau est pâle et couverte, surtout à la tête, de gouttes de sueur; la respiration est stertoreuse; le pouls est très-précipité, mais à peine perceptible, la pupille dilatée et immobile; tous les symptômes annoncent une violente congestion cérébrale; la sensibilité est complètement abolie. M. Vidal, médecin de service, diagnostique une fièvre pernicieuse apoplectique. (Forte saignée par la jugulaire; sinapismes aux gras des jambes. Potion avec 16 gr. de sulfate de quinine si la fièvre vient à tomber.)

Nous tirons par la jugulaire une grande livre de sang; quelques minutes après la saignée, le pouls du malade s'est un peu relevé; la sensibilité est moins obtuse; l'apyrexie s'établit peu à peu, et on donne pendant la nuit les 16 gr. de quinine.

Le 27, à la visite du matin, le malade parle distinctement; il ne se rappelle rien de la veille, et croit avoir dormi toute la nuit. (Diète; potion avec 10 gr.)

Le 28, point de fièvre. Le malade conserve beaucoup de pâleur; l'air est un peu hébété. (2 pilules de 2 gr. dans la journée; pédiluve sinapisé; soupe légère.)

Le 30, le mieux se maintient. (Pédiluve réitéré; une pilule; le quart.)

Le 8 Octobre, le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

DEUXIEME OBSERVATION.

Au mois d'Avril 1834, on porta, à 8 heures du soir, à l'hôpital de Bayonne, une malheureuse femme qu'on disait être dans un accès d'ivresse. Les sœurs se contentèrent de la faire mettre dans un bon lit.

Arrivé auprès de la malade, nous reconnaissons tous les symptômes d'une fièvre apoplectique : coma profond, pouls vermiculaire, perte du sentiment et du mouvement. En attendant l'arrivée du médecin, nous pratiquons une large saignée par le pied. Le médecin arrive à 10 heures; aucun renseignement ne peut lui être donné sur le compte de la malade; les infirmières répètent qu'on l'a trouvée devant la porte d'un marchand de vin. (Sinapismes, compresses froides sur le front.)

Le lendemain, la malade semble complètement guérie. A la visite du matin, la sœur prie le médecin d'excuser notre inexpérience... Une saignée pour une attaque d'ivresse !!.. (Diète de vin, demi-portion.)

Le soir, à 7 heures, la malade tombe dans un coma aussi profond que celui de la veille; persuadée que ce n'était plus une attaque d'ivresse, la sœur envoie chercher le médecin. Les symptômes offrent la plus grande intensité. (Saignée du pied; potion fébrifuge à la chute de la fièvre; sinapismes.)

La saignée ne diminue point les symptômes; on fait prendre quelques cuillerées de la potion, mais la malade meurt pendant la nuit.

Nous donnons cette observation, tout incomplète qu'elle est, et telle que nous l'avons rédigée, il y a six ans, sous l'impression de l'accident.

La fièvre *adynamique* intermittente n'étant qu'une variété de la fièvre pernicieuse dont nous venons de parler, tout ce que nous avons dit touchant celle-ci peut lui être appliqué. Les principaux symptômes, d'après Senac, Torti et Raymond, qui en ont fait une espèce distincte, sont : le décubitus dorsal, l'affaissement des traits, la prostration des forces, la couleur noire de la langue, le météorisme du ventre, le froid des extrémités, etc. Il importe, dans cette fièvre, de savoir distinguer les cas où les forces sont *résoutes* de ceux où elles ne sont qu'*oppressées* : de cette distinction, en effet, résultent le danger des émissions sanguines dans le premier cas, et leur utilité dans le second.

Le quinquina et le sulfate de quinine s'administrent, à moins d'urgence, pendant l'apyrexie ; leur dose varie suivant l'intensité des accès, la constitution et l'âge des individus. Le quinquina se donne ordinairement à la dose d'un à deux gros (4 à 8 gram.) : dans les fièvres pernicieuses, on en fait prendre jusqu'à une once (32 gram.) ; on continue

son usage à des doses décroissantes pendant quelques jours.

La plupart des médecins aujourd'hui préfèrent au quinquina le sulfate de quinine, qui jouit des mêmes propriétés fébrifuges, et dont l'administration offre moins d'inconvénients.

On le prescrit en potion, en pilules, en lavements ou par la méthode endermique; les doses sont extrêmement variables. Broussais ne dépassait jamais la dose de 8 gr. (4 décig.) dans les vingt-quatre heures. M. Maillot l'a donné à la dose de 180 gr. (90 décig.). La dose ordinaire, pour les adultes, est de quatre à seize grains (2 à 3 décig.) dans les fièvres bénignes, de un scrupule (1 gram. 3 décig.) dans les fièvres pernicieuses. Elles doivent être beaucoup moindres pour les enfants.

Quand on est parvenu à couper un fièvre intermittente, il faut songer à en prévenir le retour.

Les malades doivent habiter, s'ils le peuvent, un lieu élevé, se tenir bien vêtus, et éviter surtout les changements brusques de température. Les aliments doivent être sains et peu abondants.

Les rechutes n'exigeant pas d'autres moyens que l'affection primitive, il est prudent d'employer une dose de quinine un peu plus élevée, et d'en continuer l'usage plus long-temps.

On a proposé, pour couper les fièvres intermittentes, un grand nombre de substances. Parmi les

plus préconisées, nous citerons les feuilles d'olivier, et surtout celles de houx : on les donne en décoction, en poudre, en extrait. La silicine et les écorces qui la contiennent, l'arsenic et ses préparations, la belladone, la thridace, ont réussi dans certains cas. Mais le médecin devra préférer, avant tout, les substances dont l'expérience lui a prouvé les vertus fébrifuges. Le quinquina et les sels de ce nom méritent seuls toute notre confiance.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelles sont les indications que présentent les fistules? Comment remplit-on ces indications?

On désigne sous le nom de fistule, tout trajet anormal survenant au sein de nos parties, et donnant passage, pendant un temps plus ou moins long, à un fluide, soit ordinaire, soit morbide.

Certains auteurs ont voulu établir une distinction entre une fistule et un ulcère fistuleux : suivant eux, la fistule donne passage à un fluide physiologique, tandis que l'ulcère fistuleux est parcouru par un liquide pathologique. Ainsi, les fistules lacrymale, vésico-vaginale, trachéale, etc., seraient de véritables fistules ; les trajets étroits qui aboutissent à des parties malades, au système osseux, par exemple, ne seraient, au contraire, que des ulcères fistuleux. A l'exemple de Dupuytren, nous ne croyons pas devoir admettre une pareille distinction, car tous ces canaux anormaux présentent des indications générales, comme nous le verrons plus loin.

Pour bien saisir les indications générales fournies par les fistules, il faut connaître exactement leur mode de formation et l'organisation de leurs parois. Cette vérité a été surtout appréciée dans ces derniers temps, où l'étude de l'anatomie-pathologique a fait faire de si vastes progrès à la chirurgie ; aussi voyons-nous les plus grands maitres, Dupuytren, Sanson, Delpech, Bégin, etc., rechercher avec beaucoup de soin ces caractères anatomico-pathologiques, et sur eux fonder leur méthode générale de traitement des fistules.

Lorsqu'on examine d'une manière générale le mode de développement des fistules, on remarque bientôt, comme l'a fait Dupuytren, deux périodes distinctes : dans la première, la fistule se déclare, elle se forme : nous désignerons ce temps du développement morbide, par le nom de *période de formation.* Sous l'influence des causes qui l'ont engendrée, la maladie persiste, le trajet fistuleux se dessine, ses limites se circonscrivent, les parois s'organisent : cette période importante sera désignée, par nous, sous le nom de *période d'organisation.*

On sent déjà, par cette seule distinction, qu'il doit y avoir des indications différentes en chacun de ces temps, et que, pour bien les saisir, il n'est pas inutile de savoir comment cette marche morbide s'opère.

Sous l'action d'états pathologiques divers, des

douleurs de plus en plus manifestes se font sentir dans un point quelconque du corps ; une tumeur se forme, elle devient fluctuante, la peau s'amincit, la tumeur s'ouvre si l'art n'est venu en hâter l'ouverture ; une matière purulente s'écoule ; mais loin de se fermer, en peu de temps cette ouverture persiste, et donne constamment passage à un liquide puriforme dans lequel on remarque des flocons blancs plus ou moins consistants, plus ou moins grumeleux, ou à des débris osseux, à des esquilles de volume variable. Tel est le début d'une fistule appartenant à une maladie du système osseux, ou à une tumeur ou produit cacoplastique.

En examinant les deux points extrêmes du trajet fistuleux, on remarque à l'extérieur une crevasse de grandeur variable, à tissus ramollis, et saignant au moindre contact ; quelquefois il existe des ouvertures multiples, distantes les unes des autres, mais aboutissant à un même foyer dont la hauteur varie suivant la hauteur même de la lésion qui a produit le canal fistuleux. L'ouverture interne est ordinairement plus large que celle qui se trouve à la peau ; elle est plus inégale, et, dans certains cas, elle ne peut être reconnue qu'après des tentatives pénibles pour le chirurgien, douloureuses pour le malade. Il arrive, en effet, quelquefois que le trajet fistuleux est sinueux et tapissé de culs-de-sac qui en rendent l'exploration difficile, et nécessitent

des recherches répétées. Enfin, le stylet explorateur, parvenu au fond de la fistule, aboutit à une portion d'os ramollie, dans laquelle il pénètre facilement, et présente, lorsqu'il est retiré, une teinte bronzée si l'instrument est en argent. Alors l'odeur répandue par la suppuration est très-fétide et ressemble beaucoup à celle des matières fécales.

Au lieu de parvenir à une lésion du système osseux, le stylet rencontre quelquefois des masses scrophuleuses, ou des ganglions tuberculeux abcédés qui fournissent la matière qui s'écoule par la fistule; dans d'autres cas, enfin, c'est un kyste dont les parois rompues ont laissé échapper le liquide qu'il contenait, et dont la face interne, sans cesse en activité, sécrète le même fluide qui traverse le trajet de la fistule. Est-il nécessaire de faire remarquer que, dans chacune de ces circonstances, les indications offriront des particularités, sans toutefois changer en entier la méthode de traitement? Mais il est des fistules dans lesquelles il se présente d'autres indications particulières à remplir sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

Les trajets fistuleux, en effet, aboutissent souvent dans des conduits ou réservoirs naturels dont les sécrétions s'échappent continuellement à travers le nouveau canal. Ici c'est de la salive qui s'écoule au milieu de la joue par une fistule appartenant à la parotide ou au canal de Sténon; là ce sont les larmes que le sac

lacrymal verse au dehors, par une fistule située autour du grand angle de l'orbite; c'est de l'urine qui coule goutte à goutte, et contre la volonté des malades, par une ou plusieurs ouvertures survenues au périnée, etc. Dans ces sortes de fistules, les indications offriront encore des différences importantes; et, comme nous le verrons plus loin, dans un cas, il faudra rétablir le trajet du canal obstrué, dans un autre, fermer l'ouverture anormale, et, dans un troisième, enfin, détruire un obstacle au cours du fluide normal dévié de sa route ordinaire. Ces indications générales sont loin de pouvoir être formulées d'une manière précise, et nous y reviendrons avec plus de détail. Telles sont les particularités attachées à la période de *formation* des fistules en général.

Peu de temps après que ces canaux pathologiques se sont établis, ils éprouvent des changements sensibles dans leur organisation. L'inflammation ulcérative qui leur avait donné naissance, suivant les recherches de Hunter, diminue d'intensité, et passe à l'état chronique, entretenue à ce degré par le passage continuel du fluide normal ou anormal qui parcourt la fistule. Les tissus dont elle est tapissée se rapprochent, acquièrent plus de cohésion et prennent la forme indurée. C'est surtout autour de l'ouverture extérieure que cette induration devient manifeste; il s'y forme des tissus consistants, souvent

lobulés, et auxquels les anciens avaient donné le nom de callosités.

L'anatomie pathologique a démontré que ces indurations sont un effet de l'inflammation chronique entretenue par le passage des fluides qui traversent le canal fistuleux. De là, la conséquence thérapeutique importante de ne point considérer ces indurations comme la cause unique de la persistance des fistules, et de ne point agir d'abord sur elles, mais sur la lésion première qui a donné naissance à ce symptôme de la maladie. A mesure que l'ouverture se rétrécit et qu'elle se déprime de plus en plus, de manière à présenter la forme de *cul de poule*, selon l'expression reçue, elle devient aussi progressivement plus difficile à apercevoir au milieu de chairs lobuleuses, indurées, des callosités, enfin, dont elle est entourée.

A cette époque, si l'on examine le trajet fistuleux, on voit qu'il offre une surface interne lisse, polie, humectée par un fluide muciforme, et ayant la plus grande ressemblance avec celle que présentent les cavités des organes creux, du tube digestif, par exemple. En examinant de plus près, on reconnaît que la paroi d'une fistule présente l'aspect d'une membrane muqueuse; seulement l'inspection microscopique ne peut y faire découvrir des follicules mucipares, ni des papilles, circonstance d'ailleurs qui n'est point essentielle aux membranes muqueuses nor-

males, puisque plusieurs paraissent en être dépourvues dans quelques points. Cette membrane de nouvelle formation, qui, selon Delpech, est l'organe sécréteur du fluide puriforme, est parfois tellement bien organisée, qu'elle est pourvue d'un tissu cellulaire sous-cutané, auquel elle est lâchement adhérente ; c'est alors que le trajet fistuleux est complet, la période d'*organisation* est terminée. Tant que la fistule reste tapissée par la pseudo-membrane dont nous venons de parler, il est impossible que la guérison s'opère par les seuls efforts de la nature. Alors même que la lésion qui a engendré la fistule viendrait a disparaître, soit spontanément, soit par l'effet des moyens chirurgicaux, le canal morbide ne s'oblitérerait pas, étant entretenu par la présence de surfaces muqueuses en contact, et lubréfié par le fluide mucipare qu'elles sécrètent : on sait, en effet, que la science ne possède pas d'exemple authentique de muqueuse réunie à une autre muqueuse sans altération des points correspondants. L'état de la maladie étant bien connu et bien constaté, il se présente des indications générales différentes suivant la période où elle se trouve, suivant son origine, sa position, et enfin suivant l'état des individus.

Dans la période de formation, alors que la fistule vient de paraître, il est de toute nécessité de remonter à la cause qui l'a produite ; c'est à cette lésion première qu'il faut s'adresser ; le trajet fistuleux n'est

alors qu'un symptôme, une circonstance accessoire; ce n'est qu'une voie par laquelle le praticien peut plus facilement arriver à la connaissance de la véritable maladie.

Un individu se présente avec des trajets fistuleux autour du bras, venant de paraître depuis peu de jours à la suite d'une blessure de cette partie; le membre n'est cependant pas fracturé en entier; l'inflammation est calmée; il est probable que quelque corps étranger est resté dans la blessure, qu'une balle, des grains de plomb, des portions de vêtements séjournent dans les tissus, ou bien que des esquilles détachées en partie de l'humérus effleuré par le coup, tendent à sortir. Quelle que soit la longueur des trajets fistuleux, quel qu'en soit le nombre, ils ne doivent attirer notre attention que secondairement; l'exploration à l'aide d'un stylet nous ayant fait connaître la présence d'un corps étranger ou d'une esquille mobile, il faut en faire l'extraction.

Mais c'est un sujet porteur de fistules au pourtour de la jambe, survenues après un gonflement chronique des os du membre, n'ayant cependant éclaté que depuis peu de jours : dans ce cas, l'indication est bien aussi de s'attacher à la maladie de l'os; mais il n'est pas toujours possible d'en triompher assez à temps pour empêcher les fistules de s'organiser. Ces dernières tiennent le plus souvent à la présence de séquestres plus ou moins profonds, et qui tendent à sortir par

les trajets nouveaux ; l'indication est donc de faire l'extraction de ces séquestres. Mais comme cette opération est souvent grave, qu'il faut, pour la pratiquer, des instruments dont l'action est toujours violente, le praticien devra, avant de se décider à opérer, prendre conseil de toutes les circonstances propres au cas actuel. Le séquestre est-il mobile, facile à emmener au dehors? il faut l'extraire aussitôt ; est-il nécessaire d'exercer quelques manœuvres énergiques qui ne sont pas propres cependant à susciter une trop violente réaction générale? il faut encore se décider à l'extraction des séquestres. Mais ces derniers sont-ils fortement adhérents ou enveloppés de l'étui complet d'un os cylindrique? le sujet offre-t-il d'ailleurs un état général satisfaisant? il faut livrer encore le travail à la nature, et ne pas craindre de voir les fistules prendre successivement tous les caractères de la période d'*organisation*. Les douches des eaux minérales chaudes, salines et savonneuses de Balaruc, de Barèges et de Bonnes, ont souvent procuré l'issue des corps étrangers à la suite des coups d'armes à feu, et la guérison des fistules qui en dépendaient.

Un autre cas s'offre souvent dans la pratique : un individu est porteur de fistules nombreuses à l'aisselle et au pourtour de la paroi antérieure de cette région; elles aboutissent à des ganglions dégénérés : faut-il aller extraire ces ganglions? non, sans doute, car

en admettant, ce qui n'est guère possible, qu'on pût enlever tous les ganglions ulcérés, on ne doit point perdre de vue que la maladie n'est point locale, mais qu'elle est sous la dépendance d'un état morbide général ; attaquez l'affection scrophuleuse par les moyens que l'art a préconisés, et vous verrez les tubercules diminuer de volume, la suppuration prendre un meilleur aspect, et enfin tarir ; la couleur violacée de la peau qui borde les fistules disparaîtra, et celles-ci se fermeront enfin d'elles-mêmes, ou au moyen de quelques injections toniques avec le vin aromatique, le vin de quinquina, etc.

Lorsqu'après l'ouverture d'un kyste séreux il se forme un trajet fistuleux, l'indication première est d'enlever complètement le kyste qui est ici l'organe sécréteur de la matière qui s'écoule au dehors. Le difficile, dans ce cas, est de s'assurer que le liquide ne provient pas d'un abcès ou de quelque masse tuberculeuse ; car alors la dissection des parties pourrait avoir des dangers.

Ainsi, dans la période de *formation* des fistules, il faut, en général, s'adresser directement à la cause qui les a produites : il suffit, en effet, alors de faire disparaître cette cause pour procurer l'oblitération complète des trajets fistuleux.

Pendant la période d'*organisation*, les indications ne sont plus tout-à-fait les mêmes : il faut bien s'attacher aussi à combattre la maladie qui a donné

naissance à la fistule ; mais ce premier succès ne suffit pas, car celle-ci persiste et constitue une maladie souvent très-difficile à guérir. Il ne faudrait pas cependant croire, avec les anciens, que tout le traitement consiste ici dans l'ablation des callosités qui environnent l'ouverture extérieure et doublent les parois du trajet fistuleux, car l'avivement de ces parties ne peut amener une cure radicale qu'autant qu'on a enlevé la lésion mère, l'état pathologique général ou local qui tient le canal fistuleux sous sa dépendance. Avant d'entreprendre la cure d'un trajet fistuleux complètement organisé, il faut donc s'assurer que la matière qui s'en écoule n'est qu'un produit sécrété par ses parois, et qu'elle ne provient pas d'une autre cause : quand on a acquis cette certitude, il faut travailler à mettre les parois de la fistule dans les conditions favorables à leur adhésion mutuelle.

Détruire la maladie première qui a engendré la fistule, puis aviver la surface interne de cette dernière si elle est complètement organisée, et favoriser l'adhésion par les bandages, une position convenable et les divers moyens appropriés, telles sont les indications générales que présentent les fistules. Mais pour remplir ces indications, il existe une foule de moyens et de procédés variés, en rapport avec le genre et l'espèce de fistule que l'on a à traiter : ce sont ces moyens dont on nous demande maintenant l'exposition.

Si nous jetons les yeux sur le premier genre de fistules, celles qui n'aboutissent point dans un conduit naturel, nous voyons que, pour détruire la maladie mère, les moyens sont très-multipliés. Ainsi, s'agit-il d'une lésion organique du système osseux, de la carie, de la nécrose, du mal de Pott, etc.? les agents à mettre en usage contre ces maladies seront différents pour les unes et pour les autres: dans la carie, il faudra chercher à modifier toute la partie frappée de cette terrible altération, afin de la transformer en nécrose; dans celle-ci, il faudra favoriser par tous les moyens possibles la sortie des séquestres. Quelquefois la trépanation a été employée avec succès. Nous avons vu, en 1837, à Paris, un malade atteint d'une fistule provenant de la carie de la cinquième côte du côté droit. M. Velpeau pratiqua la résection de la portion d'os cariée, et un plein succès couronna cette opération hardie. Lorsque la fistule provient du mal de Pott, il faudra avoir recours aux dérivatifs puissants, et seconder leur action par un régime antiscrophuleux qui puisse modifier la constitution générale. Les préparations d'or et d'iode ont quelquefois réussi dans des cas fort graves. Sans révoquer en doute les vertus presque spécifiques de ces substances, nous pensons qu'on doit surtout travailler à modifier la constitution à l'aide de tous les moyens hygiéniques. Une nourriture saine et substantielle, l'exercice au

grand air, l'abstinence sévère de tout ce qui peut affaiblir la constitution, etc., telles doivent être les bases du traitement des fistules provenant d'une affection idiopathique du système osseux. Quand on est parvenu à détruire la cause organique qui les entretient, on peut s'adresser à des moyens qui, en modifiant l'état des parties, facilitent l'oblitération des trajets fistuleux : les injections plus ou moins irritantes avec le vin aromatique, le vin de quinquina, une solution de potasse, de nitrate d'argent fondu, enfin l'excision des callosités, sont autant de moyens qui peuvent aider puissamment la cure radicale.

Les moyens propres à remplir les indications offertes par le second genre de fistules, ou celles qui aboutissent dans un réservoir ou conduit naturel, sont principalement des procédés ou des méthodes opératoires, bien que l'avivement des parois de la fistule soit souvent d'une nécessité absolue.

Nous allons passer en revue les principales fistules, et faire connaître les principaux moyens qui ont été mis en usage pour les guérir.

FISTULE LACRYMALE.

La fistule lacrymale a été traitée par les anciens et par Paul d'Ægine au moyen de la destruction des

callosités et la cautérisation des parties profondes, soit avec les caustiques, soit avec le cautère actuel. Cette méthode a été renouvelée par Woolhouse, qui détruisait l'os unguis, et y entretenait une ouverture pour le déversement de l'anus. De nos jours, on a réhabilité la méthode ancienne : on cautérise, en effet, le sac lacrymal au moyen d'un fragment de nitrate d'argent projeté dans sa cavité. Nannoni, dans ce procédé opératoire, se proposait d'oblitérer les voies lacrymales, pensant que les larmes s'évaporaient ensuite au-devant du globe de l'œil.

On a attribué à Delpech cette manière de voir, mais un génie comme le sien n'a pu avoir des idées si erronées en physiologie. Nous avons vu, il y a peu de jours, le professeur Lallemand introduire dans le sac lacrymal un morceau de nitrate d'argent, dans le but de produire une inflammation aiguë qui pût modifier et ramener à son état normal la membrane muqueuse. Le malade, après plusieurs cautérisations de cette nature, nous a paru beaucoup mieux, mais il est sorti de l'hôpital avant que la guérison fût bien complète. On nous a communiqué l'observation d'une jeune fille guérie radicalement par ce procédé.

On a proposé encore la compression, la dilatation du canal nasal, le stylet et la canule à demeure. J.-L. Petit incisait la tumeur pour y faire passer de haut en bas une bougie conique. Lecat em-

ployait une corde à boyau , Scarpa une tige de plomb. Mais tous ces procédés sont tombés dans l'oubli, et celui de la canule à demeure, inventé par Joubert et souvent employé par Dupuytren, est encore le plus usité. Ce procédé ne mérite peut-être pas toute la confiance qu'on lui a accordée ; il trouve déjà de nombreux antagonistes. Nous connaissons plusieurs individus chez lesquels la présence de la canule a déterminé des accidents graves qui ont nécessité son extraction.

M. Malgaigne pense qu'un stylet comme celui de Ware, dont la tête ronde serait renfermée dans le sac lacrymal, remplirait parfaitement le but, sans avoir l'inconvénient de laisser une fistule permanente à l'extérieur.

FISTULE SALIVAIRE.

Les procédés employés peuvent se rattacher à quatre méthodes :

Dans la première ; on s'occupe uniquement de fermer l'ouverture de la fistule.

Dans la seconde, on dilate le conduit naturel.

Dans la troisième , on établit un conduit nouveau.

Dans la quatrième , enfin, on atrophie la glande parotide.

Pour oblitérer le trajet fistuleux , on a employé la

cautérisation, la compression et la suture entortillée. Aucun de ces moyens ne convient à toutes les fistules; mais chacun d'eux peut réussir dans certaines cisconstances; c'est au chirurgien à faire choix du procédé qui convient à la variété de la fistule qu'il veut traiter. Pour dilater le conduit naturel d'après la méthode de Morand, on introduit un séton à trois brins de fil déroulés pour faire mèche, et on noue sur la joue le bout du séton sorti par la bouche, avec le bout supérieur; on cautérise ensuite la fistule au moyen du nitrate d'argent; quand le conduit est suffisamment dilaté, on tire le séton par la bouche, de manière à n'en laisser au fond de la fistule qu'un bout très-court, et on continue la cautérisation jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Dans le but de pratiquer une nouvelle ouverture, Deroy traversait la joue au moyen d'un fer rougi au feu; Monro se servait d'une alène, et passait un séton; Duphénix pratiquait la ponction avec un bistouri, et appliquait une canule. On trouve, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, un cas de guérison obtenue dans six jours par ce procédé.

Enfin, Desault a essayé de guérir les fistules salivaires en exerçant la compression sur la glande parotide.

M. Malgaigne propose de recouvrir simplement l'orifice fistuleux au moyen d'une feuille d'or assu-

jettie avec de la poix. Quel que soit le procédé mis en usage, l'immobilité des mâchoires est toujours nécessaire pendant le traitement.

Les fistules *aériennes* offrent souvent de grandes difficultés à guérir. Le passage continuel de l'air suffit pour les entretenir, et lors même que l'on réunit par première intention les bords de la fistule, l'air les désunit, ou bien il se forme au-dessous des tumeurs dépendant de l'accumulation de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dupuytren a guéri un malade portant une tumeur semblable autour des sinus frontaux, au moyen de la compression; le professeur Velpeau a guéri un individu atteint d'une fistule trachéale, en enfonçant dans l'ouverture un lambeau de peau pris sur les côtés et maintenu par la suture entortillée.

Dans les fistules *urinaires* chez l'homme, la première indication à remplir est de rétablir le cours des urines par l'urètre, en introduisant une sonde à demeure dans la vessie; cela fait, il faut songer à oblitérer le canal fistuleux. Les moyens propres à obtenir ce résultat sont multipliés. Lorsque la fistule est très-étroite, des cautérisations avec le nitrate d'argent suffisent quelquefois pour amener une guérison rapide.

M. Cloquet a obtenu une guérison à l'aide de la suture.

Dieffembach pratiquait des incisions latérales et parallèles à la plaie.

A. Cooper et Delpech appliquaient la méthode indienne : le lambeau était pris aux environs de la plaie.

Les fistules urinaires résistent quelquefois à toutes sortes de moyens, et finissent par disparaître spontanément.

Le traitement des fistules vésico-vaginales a suscité l'invention d'une foule de moyens et de procédés qui prouvent plutôt leur insuffisance que la richesse de l'art.

Desault plaçait une sonde à demeure dans la vessie, afin de donner issue à l'urine à mesure qu'elle arrivait dans ce réservoir ; puis, à l'aide d'un tampon cylindrique qu'il poussait d'avant en arrière dans le vagin, il refoulait la lèvre antérieure de la plaie vers la partie postérieure. Cette méthode, toujours infidèle, est justement abandonnée. La suture a été diversement employée par M. Leuwzinski, Nœgèle, Roux, Malagodi : c'est une méthode difficile et presque toujours infructueuse.

Se fondant sur la propriété de rétraction du tissu des cicatrices, Delpech cautérisait les bords de la fistule avec un fer rouge : ce moyen seul pouvait bien triompher de quelques fistules très-petites, mais non de celles qui avaient une grande étendue.

L'avivement des bords est bien, sans doute, une des conditions importantes ; mais le passage de l'urine par l'urètre seulement, et le contact incessant des lèvres de la fistule, sont tout aussi essentiels. Pour obtenir

ce résultat, divers instruments ont été proposés, parmi lesquels on compte celui du professeur Lallemand. Nous avons eu occasion tout récemment de voir appliquer la *sonde à érigne*, chez une jeune femme, et c'est avec un vif intérêt que nous avons suivi ce cas. Tout s'est d'abord fort bien passé, et le succès paraissait devoir être complet, lorsqu'il s'est manifesté, dans les parties génitales, quelques douleurs vagues qui ont obligé de retirer l'instrument; une sonde alors a été introduite dans la vessie. Mais bientôt la plaie s'est rouverte, et les urines sont sorties de nouveau par le vagin. La femme a succombé dans peu de jours aux progrès d'une péritonite aiguë. Nous ne saurions donc féliciter la science d'avoir acquis, dans la *sonde à érigne*, un moyen infaillible et sans danger : mieux vaudrait sans doute, dans les cas où les cautérisations avec le nitrate d'argent ne suffisent pas, s'en tenir à la cuvette de Feburier, ou simplement à l'usage des éponges.

Les fistules à l'anus, par lesquelles nous terminerons, se distinguent en borgnes externes, borgnes internes, et en complètes.

Les fistules borgnes externes se traitent par les injections, la compression, ou bien par l'incision du trajet fistuleux jusqu'à l'anus.

Les fistules borgnes internes doivent être ramenées à la condition de fistules complètes, et se traiter, comme elles, par l'incision ou la ligature, seuls moyens en usage aujourd'hui.

Pour opérer une fistule par l'incision, on introduit une sonde cannelée flexible par l'orifice externe de la fistule jusque dans l'intestin, et on porte en même temps le doigt indicateur par le rectum, de manière à ce qu'il vienne former avec l'extrémité de la sonde un angle plus ou moins obtus. On ramène alors le bout interne de la sonde en dehors par l'anus, puis on fait glisser le bistouri le long de la cannelure, le tranchant tourné en dehors, de manière à couper d'un seul coup et de dehors en dedans toutes les parties soulevées par la sonde. Si l'index ne suffit pas pour atteindre le bout de la sonde, on se sert d'un gorgeret en bois ou en ébène. Quand il y a plusieurs trajets aboutissant à un orifice commun, il faut les inciser tous successivement.

Pour prévenir les récidives, on doit apporter le plus grand soin aux pansements. Au moyen d'une mèche enduite de cérat, on tient les lèvres de la plaie isolées et de manière que le nouveau conduit communique dans toute son étendue avec le rectum.

La ligature est un moyen ordinairement très-long et douloureux. On doit donc ne l'employer que chez les individus pusillanimes que l'idée d'une incision pourrait trop effrayer. Ajoutons qu'il faut respecter les fistules stercorales qui coexistent avec une lésion profonde des poumons, du foie et des organes abdominaux.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quelles sont les modifications que subissent les globules sanguins depuis leur sortie des vaisseaux, jusqu'à leur entière destruction par la décomposition du sang au contact de l'air libre ?

D'après les recherches de MM. Dumas et Prévost, les globules du sang sont composés d'une particule centrale, aplatie et ovoïde, de nature fibrineuse, et enveloppée d'une mince couche ou pellicule de matière colorante.

A mesure que le sang est tiré de la veine et reçu dans un vase, le caillot se forme et se sépare du sérum dans lequel il n'était que suspendu. Les globules sanguins, d'abord isolés, tendent à se rapprocher les uns des autres, de manière à former une masse de plus en plus compacte. A l'aide du microscope, on voit qu'à mesure que la décomposition du sang a lieu à l'air libre, l'enveloppe colorante des globules se relâche peu à peu, et éclate en quelque sorte comme l'enveloppe des graines que l'on fait bouillir. Aussitôt que la première crevasse a lieu, les globules s'attirent, s'appliquent les uns contre les autres, et adhèrent par les points de la

fibrine intérieure mise ainsi à découvert. L'adhérence de ces globules est d'autant plus intime, que la séparation de la cruorine ou de l'enveloppe colorante est plus parfaite, et c'est cette couche colorante qui recouvre le caillot.

Mais à mesure que la décomposition du sang est plus avancée, les globules qui s'étaient ainsi réunis se détachent à leur tour; ils perdent leur forme primitive, et vont concourir à former une espèce de matière brunâtre, tantôt liquide et plus souvent compacte lorsque l'évaporation a été fort rapide. Par cette évaporation, nous avons obtenu une espèce de croûte cassante, d'un brun foncé, et à surface unie comme de la matière vitreuse.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Déterminer s'il existe quelques rapports entre la concordance des caractères botaniques et les propriétés médicales des végétaux.

La plupart des auteurs anciens paraissaient croire que les plantes qui se ressemblent par leur forme extérieure se ressemblent par leurs propriétés.

Linné, dans une dissertation sur les propriétés des plantes, établit que les végétaux du même genre ont la même propriété que ceux du même ordre ont des propriétés voisines, et que ceux de la même classe ont aussi quelques rapports dans leurs vertus.

M. de Jussieu, dans un mémoire présenté à la Société de médecine, en 1786, adopte la même opinion.

Mais personne n'a mieux démontré les rapports qui existent entre les caractères botaniques des végétaux et leurs propriétés médicales, que M. de Candole, dans son essai sur les propriétés médicales des plantes.

Après avoir présenté le tableau succinct des propriétés générales de chaque famille, ce savant botaniste tire les conclusions suivantes :

1° Les mêmes parties, ou les sucs correspondants des plantes du même genre, jouissent de propriétés médicales semblables.

2° Les mêmes parties, ou les sucs correspondants de plantes de la même famille naturelle, jouissent de propriétés analogues.

3° La loi de l'analogie entre les formes et les propriétés est plus ou moins vraie dans 109 familles, et à peine fausse dans 3.

Il nous serait facile de citer des exemples à l'appui de ces propositions; l'étude de la botanique, qui a toujours eu pour nous beaucoup de charmes, nous a fourni souvent l'occasion de reconnaître les analogies qui existent entre les caractères des plantes d'un même genre et leurs propriétés médicales.

Toutes les mauves sont émollientes, les cochléarias antiscorbutiques, les gentianes fébrifuges, les euphorbes âcres et purgatifs, les aconits et les hellébores caustiques et dangereux. Toutes les graminées ont des graines farineuses et nutritives; les labiées sont stomachiques et cordiales, les ombellifères ont des semences toniques et stimulantes, etc., etc.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er EXAMEN. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacologie.*

2e EXAMEN. *Anatomie, Physiologie.*

3e EXAMEN. *Pathologie interne et externe.*

4e EXAMEN. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e EXAMEN. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen pratique.)

6e ET DERNIER EXAMEN. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !

N° 41

18.

DES PRINCIPAUX ACCIDENTS

QUI PEUVENT SURVENIR A LA FEMME

AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

OU IMMÉDIATEMENT APRÈS.

Thèse

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 1er Avril 1840,

PAR J. BROSSETTE,

DE MARCIGNY (DÉPARTEMENT DE SAONE-ET-LOIRE),

Chirurgien Sous-Aide-Major,

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine, près la Place de la Préfecture, 10.

1840.